

ARTIGO DE REVISÃO

ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ORIGENS E DIFERENÇAS CONCEITUAIS

Basic care and primary health care - origins and conceptual differences

Guilherme Arantes Mello¹, Bruno José Barcellos Fontanella², Marcelo Marcos Piva Demarzo³

RESUMO

Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde”. Este artigo de revisão objetiva discutir as origens históricas e diferenças conceituais dessas expressões, assumindo que o conhecimento histórico e a fundamentação dos conceitos atrelados a esses termos podem contribuir para clarificar o debate e o entendimento da proposta brasileira de Atenção Básica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores concluem que os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. Porém, em algumas ocasiões, seus referenciais variam desde as correntes francamente funcionalistas até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” ao de “Atenção Primária”.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Primária à Saúde; Serviços Básicos de Saúde; Terminologia; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde

ABSTRACT

There is a frequent discussion about the ideal terminology to indicate the first level of the health care system in Brazil. This discussion has special bearings, as the expression “Basic Care” is the official expression used by the Brazilian government’s documents, although nowadays there is also a growing use of “Primary Health Care”. This paper discusses the historical origins and conceptual differences of the expressions related to Basic Care and Primary Health Care, assuming that rationale and historical knowledge may both help to clarify the debate about and ease understanding of the proposals about this issue in Brazil. The authors conclude that these expressions (including “Primary Care”) may be used as synonyms in most cases, leading to no conceptual problems. However, sometimes the theoretical frameworks used in the texts vary from the frankly functionalist to more progressive approaches, particularly opposing the concepts of “Basic Care” and “Primary Health Care” to the one of “Primary Care”.

KEYWORDS: Primary Health Care; Basic Health Services; Terminology; Single Health System; Health Policy

¹ Guilherme Arantes Mello, professor assistente do Departamento de Medicina, Núcleo de Medicina de Família e comunidade, Universidade Federal de São Carlos. E-mail: gmello@ufscar.br

² Bruno José Barcellos Fontanella, professor adjunto do Departamento de Medicina, Núcleo de Medicina de Família e Comunidade

³ Marcelo Marcos Piva Demarzo, professor adjunto do Departamento de Medicina, Núcleo de Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de São Carlos.

INTRODUÇÃO

Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006a).

Entretanto, ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar. Esta questão instiga discussões em diferentes meios acadêmicos e profissionais. Mendes (2005) esclarece seu ponto de vista da seguinte forma:

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao ‘complexíssimo’ princípio da APS, o do primeiro contacto (MENDES, 2005, p.2).

Outros exemplos podem ser observados em algumas opiniões postadas em uma lista virtual de discussão sobre Medicina de Família e Comunidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE, 2007), ressaltando-se que as transcrições são apenas ilustrativas, o que não quer dizer que seus autores ainda mantenham a mesma opinião:

Acho inclusive que isso de chamar a APS de Atenção Básica lembra a ‘Atenção Primitiva’ do Mario Testa [...] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE, 2007, p.33)

Por outro lado, existem setores do governo que consideram o termo ‘atenção primária’ pejorativo. Quando estava redigindo minha tese de conclusão da especialização em Saúde da Família, isto me foi colocado veementemente pela minha orientadora [...] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE, 2007, p.35)

Confesso também que eu nunca gostei do nome ‘Atenção BÁSICA’. O nome mundialmente estabelecido há muitas décadas é ‘Atenção Primária em Saúde’... para muitos,

‘básico’ é a ‘vesta básica’ ou ‘cheira’ às estratégias do Banco Mundial e do FMI. Será que é só ‘questão de gosto’ por um nome ou outro? Acho que não. Penso que há fundamentos diferentes entre eles [...] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE, 2007, p.38)

Atualmente, mesmo os documentos oficiais começam a mostrar incerteza sobre qual seria a terminologia mais adequada. Nas “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006b) pode-se ler “Fortalecimento da Atenção Básica” como prioridade do Pacto pela Vida. Neste documento de 76 páginas, não aparece nenhuma menção ao termo “Atenção Primária”. Por outro lado, na Nota técnica 06/2006 editada pelo Conass “Para entender o Pacto pela Saúde 2006 - Volume I”, tanto nos tópicos quanto no texto, as expressões são utilizadas alternadamente e o tópico citado acima é apresentado como “Fortalecimento da Atenção Básica / Primária” (CONASS, 2006, p.8).

Esta oscilação terminológica, sugestiva de uma disputa ideológica, deve considerar uma terceira expressão, a “Atenção Primária à Saúde” (APS), referente a “Primary Health Care” (PHC) na língua inglesa. Cunhada para a Conferência de Alma-Ata (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 1978) e menos presente nos documentos oficiais brasileiros, é provavelmente a expressão que se enquadraria com mais propriedade à proposta de universalidade e participação social do Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo comunitário da Estratégia de Saúde da Família, como será especificado mais adiante. A tradução de PHC também apresenta algumas variações terminológicas como “Atenção Básica em Saúde” (RIBEIRO, 2002), “Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2007) e “Atenção Primária em Saúde” (ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 2005; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAUDE, 2007).

Com o fortalecimento das discussões sobre modelos assistenciais no Brasil, esse debate ressurgiu de tempos em tempos, ora mais centrado na questão conceitual propriamente dita, ora na questão das práticas em saúde (CANTILLANO, 1983; GIL, 2006; RIBEIRO, 2002). Contudo, o estabelecimento de uma comparação direta entre as origens e significados dos diversos termos relacionados ao primeiro nível de atenção em saúde, confrontando suas diferentes construções históricas, diluiu-se, ou fica subentendida como dada *a priori*.

Esse artigo de revisão tem a finalidade de descrever e discutir as origens históricas e diferenças conceituais so-

bre as expressões relacionadas à AB, conforme aparecem na literatura, com o intuito de contribuir para o debate e o entendimento das propostas para essa área no Brasil. Observe-se que uma situação parecida ocorre no cenário internacional com as expressões “saúde pública internacional” e “saúde pública global” (BROWN *et al.*, 2006).

Trata-se de um levantamento de bibliografia já publicada sobre o tema e sua análise contextual. Como fundamentação teórica para este estudo, buscou-se pesquisar materiais de interesse através de diversas fontes (LAKATOS; MARCONI, 1992). Para a coleta de informações, foi utilizada a técnica da leitura informativa, abrangendo suas quatro fases: reconhecimento ou pré-leitura, seletiva, crítica ou reflexiva, e a interpretativa (SILVA; ALVES, 2008). Não se pretende aqui apresentar uma revisão definitiva sobre o tema, mas sim estimular sua discussão, visando uma contextualização mais fundamentada da realidade sanitária brasileira, focando-se nesse momento as conceituações e concepções referentes à Atenção Básica.

DESENVOLVIMENTO

A história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008). Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, baseado na assistência primária, secundária e em hospitais de ensino terciários, surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório Dawson” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 1964).

Mas, foi o clássico estudo de White *et al.* (1961) que chamou definitivamente a atenção para a “atenção médica primária”, ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizada neste nível de atenção, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários representava apenas uma discreta fração do total.

Entretanto, a discussão conceitual neste campo, como percebemos hoje, está intimamente relacionada à história da conferência internacional de Alma-Ata, como veremos a seguir.

Considera-se que o termo “Primary Health Care” tenha sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 70, nas páginas da “Contact”, revista da Comissão Médica Cristã (CMC), ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana (LITSIOS, 2004). A CMC, com larga experiência em paí-

ses em desenvolvimento, assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, ao perceber que as ações missionárias, em sua maioria baseada em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população. Essa instituição foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde básica para a Organização Mundial da Saúde (OMS), e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS (CUETO, 2004; LITSIOS, 2004).

Litsios (2002) apresenta uma versão bastante original de todo o processo, baseado na sua própria vivência como funcionário da OMS. Menciona que, em 1970, sensíveis ao momento de grande oportunidade política, e sobre uma ideia anterior da China, os soviéticos vislumbraram capitalizar uma conferência internacional sobre serviços de saúde. Para isto, propuseram uma resolução na 23ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS intitulada “Basics Principles for the Development of Health Services” (LITSIOS, 2002; CUETO, 2004).

No ano seguinte, como consequência, “Methods of Promoting the Development of Basic Health” foi selecionado pela OMS como tema de estudo para avaliação de possibilidades futuras para políticas de saúde (LITSIOS, 2002). O grupo responsável por esse estudo recuperou um programa anterior da OMS, do início dos anos 50, que focava justamente na promoção de “Serviços Básicos de Saúde” (SBS), conceito de cunho prioritariamente assistencial e programático, sem ênfase clara em ações comunitárias e intersetoriais. Esta proposta falhou marcadamente por desavenças no nível local, quando confrontadas as ações previstas com as diferentes expectativas das comunidades envolvidas (LITSIOS, 2002).

Em 1975, o relatório “The Promotion of National Health Services”, incorporou, pela primeira vez, a expressão PHC (“Atenção Primária à Saúde”) aos documentos da OMS: “Primary Health Care services at the community level is seen as the only way in which the health services can develop rapidly and effectively” (LITSIOS, 2002), defendendo a APS como caminho para serviços de saúde mais efetivos. Duas outras importantes publicações também surgem em 1975: “Health by the People”, editado por Kenneth Newell (NEWELL, 1975), também responsável pelos dois estudos citados acima, e “Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries”, um estudo conjunto entre UNICEF e OMS; nos quais são descritos projetos alternativos de assistência à saúde em diferentes partes do globo, associando definitivamente a identidade da APS como projeto de desenvolvimento social com base comunitária.

Destas, três experiências locais oriundas da Indonésia, Índia e Guatemala, e outras três em nível nacional, Tanzânia, China e Cuba, balizaram as discussões que antecederam Alma-Ata (CUETO, 2004; LITSIOS, 2004).

Entretanto, ainda faltava uma base conceitual clara, e o amadurecimento da proposta soviética de uma conferência internacional tornava a conceituação da APS uma necessidade premente. Ainda não estavam estabelecidas suas diferenças em relação aos SBS, e isso se fazia necessário para fundamentar uma conferência internacional sobre o tema. Neste momento, havia quem considerasse esta questão apenas como um artifício ortográfico (LITSIOS, 2002).

Numa primeira tentativa, foi disposto que APS significaria SBS acrescido da inserção comunitária e intersectorialidade. Contudo, documentos da própria OMS já incorporavam ambos ao conceito de serviços básicos, dentro das propostas da década de 50. Princípios semelhantes também já haviam sido descritos para uma conferência ocorrida na Indonésia em 1937 (LITSIOS, 2002).

Tempo e esforço consideráveis foram gastos na tarefa de dar conteúdo à expressão APS. As desavenças em torno do papel do Estado e da forma de financiamento, a referência à pobreza, assim como a necessidade de se estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades muito distintas, tornou-se um problema potencialmente insuperável. Isso fez com que a conceituação da APS tomasse um aspecto genérico (OMS, 1978), esperando que cada país construísse o seu conceito e suas práticas em processo (LITSIOS, 2002).

Com o passar dos anos, o desafio de uma delimitação conceitual mais precisa não foi alcançado. A Organização Pan-Americana de Saúde, em documento no qual defende a renovação das políticas de APS nas Américas, descreve assim o problema: “Independentemente da(s) causa(s) definitiva(s), está claro que o conceito de APS tornou-se cada vez mais expansivo e confuso desde Alma-Ata [...]” (ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 2005).

A partir da Declaração de Alma-Ata, o termo SBS entrou em franco desuso. A expressão APS se afirmou como alternativa ao conceito de “assistência médica primária”, pioneiramente visualizado por White *et al.* (1961), limitado então à atuação médica. Numa nova proposição, ampliou-se o conceito de saúde, destacaram-se seus determinantes e participação social, e atrelou-se a ideia de investimento em saúde com o desenvolvimento sócio-econômico da comunidade (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 1978).

Em geral, “serviços básicos de saúde” passaram a ser vistos como intervenções restritas que não incorporam elementos como abastecimento de água potável, saneamento e alimentação ao campo da saúde (UNGER;

KILLINGSWORTH, 1986). Uma descrição mais objetiva aparece no interessante artigo de Walsh e Warren (1979). Nele, SBS são descritos em termos de clínicas simples, com profissionais da saúde, para o atendimento da população doente, dentro da proposta do Banco Mundial de um agente comunitário de saúde ou enfermeira para 1.500 a 2.000 pessoas, e uma clínica para 8.000 a 10.000 habitantes ou abrangência de 10 Km².

A origem comunitária e rural da APS teria justificado uma baixa identificação dos sistemas de saúde de países capitalistas centrais, como os EUA, inclusive por já terem lidado com os problemas elencados em Alma-Ata em instâncias diversas. Mas, não há como desconsiderar a natureza ideológica no centro deste conflito. Nesta perspectiva, a expressão “Atenção Primária”, já bastante difusa na literatura (PARKER *et al.*, 1976), manteve-se como o termo padrão na literatura de língua inglesa, legando, às demais expressões, o significado secundário de modelos específicos de atenção primária. Esta dicotomia entre AP e APS está bem definida na literatura norte-americana (MADISON, 1983; NUTTING *et al.*, 1985). Barbara Starfield, uma das mais importantes autoras da área, de modo indicativo optou por “Primary Care” no título de seu principal livro (STARFIELD, 1998). Ainda, o conceito de AP trabalhado circunscreve-se, no geral, aos indicadores assistenciais: oferta de serviços de cuidado à saúde integrados e acessíveis, através de clínicos responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades de cuidados pessoais em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com pacientes e praticada no contexto da família e comunidade (STARFIELD *et al.*, 2005). Por seu lado, defende que, ao modelar a AP em torno de quatro características elementares - primeiro contato, abrangência, continuidade e coordenação do cuidado, tanto no plano individual, quanto no coletivo - um sistema de saúde atingiria as principais ideias contidas na declaração de Alma-Ata (STARFIELD, 1994).

De qualquer forma, não é possível encontrar concordância na definição isolada de “Atenção Primária” nos meios acadêmicos norte-americanos. Buscando a identificação da melhor estrutura organizacional para este tipo de abordagem, Parker *et al.* (1976) chegaram a 92 diferentes conceituações de acordo com os diversos pontos de vista prevalentes apenas nos EUA.

Atenção Primária “Seletiva”, um conceito polêmico (“verticalistas” versus “integralistas”)

A tendência à excessiva generalização da Declaração de Alma-Ata foi seu grande alvo de críticas, principalmente em

relação à dificuldade em se identificar projetos objetivos e bem delineados que garantissem um mínimo de segurança para investimentos externos. Preocupadas com esse fato, grandes agências financiadoras internacionais se reuniram, ainda em 1979, em Bellagio (Itália), para um simpósio que teria grande repercussão nas discussões sobre a APS (CUETO, 2004). Patrocinado pela Fundação Rockfeller, nele estiveram presentes o Banco Mundial, UNICEF, a Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA, a Fundação Ford e o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, entre outras (CUETO, 2004).

Baseadas nas preocupações do Banco Mundial sobre o custo e abrangência das propostas da APS, as agências buscavam opções para políticas de saúde pública, especialmente aquelas com grande potencial de sucesso (WARREN, 1988). Foi então apresentado o conceito de Atenção Primária “Seletiva”, fundamentalmente ancorado em análises de custo-eficácia (WALSH; WARREN, 1979). Pelo menos outros dois encontros voltaram a ocorrer em Bellagio, em 1984 e 1985, para desenvolvimento desta abordagem (WARREN, 1988).

Presumida como estratégia inicial e interina para o alcance da APS, os autores da proposta da AP “Seletiva” vislumbraram a seleção de doenças e suas possibilidades de tratamentos como as duas principais prioridades para sistemas de saúde em países em desenvolvimento. Em outras palavras “...serviços de saúde devem ser orientados em direção ao controle daquelas doenças que produzem a maior quantidade de mortes e incapacidades [...]” (WALSH; WARREN, 1979). Foi então elaborada uma lista com 23 principais patologias de acordo com critérios de prevalência, morbimortalidade, viabilidade de intervenção e custo-efetividade. Como consequência, quatro principais medidas foram inicialmente propostas: imunização, reidratação oral, aleitamento materno e drogas antimaláricas (WALSH; WARREN, 1979).

Em 1982, a UNICEF publica em seu relatório “The State of the World’s Children” o projeto denominado “A Children Survival Revolution”. Nele preconiza quatro elementos vitais para implementar a nutrição e a saúde das crianças do planeta, estratégicos para promover a saúde materno-infantil como parte da AP “Seletiva”: monitorização do crescimento (“Growth charts”), terapia de reidratação oral (“Oral rehydration”), aleitamento materno (“Breastfeeding”) e imunização (“Immunization”), cujas iniciais em inglês tornaram o programa conhecido por “GOBI”. Posteriormente, foram incluídos outros três pontos à abordagem seletiva preconizada pela UNICEF: educação materna (“Female literacy”), planejamento fami-

liar (“Family planning”) e suplementação nutricional (“Food supplementation”) ou GOBI-FFF (WISNER, 1988).

Estas propostas receberam duras críticas ao longo dos anos. Figuras centrais, Gish (1982) tratou a questão como “vinho velho em garrafa nova” e Newell (1988), como contra-revolução. Tratados como “verticalistas”, os defensores da “seletividade” foram acusados de reduzir a atenção à saúde a um pacote de combate a patologias pré-selecionadas, desconsiderando os determinantes sociais das doenças, a infra-estrutura de saúde pré-existente nas localidades, e a própria participação comunitária (BERMAN, 1982; GISH, 1982; NEWELL, 1988; RIFKIN; WALT, 1986; UNGER; KILLINGSWORTH, 1986; WISNER, 1988).

Não se punha em dúvida o valor individual das medidas preconizadas, mas sim seu potencial em anular as demais discussões necessárias ao desenvolvimento do conceito de APS. Alguns autores ponderaram a pertinência da abordagem “seletiva” como fase inicial de impacto positivo na saúde, lembrando sua condição de interinidade e sinergismo com o desenvolvimento da amplitude da APS (WARREN, 1988; WALSH, 1988; MOSLEY, 1988). Mas, sob o olhar da APS como uma ideia revolucionária (defendida pelos ditos “Integralistas”), a “seletividade” foi considerada irreconciliável (BERMAN, 1982; GISH, 1982; NEWELL, 1988; RIFKIN; WALT, 1986; UNGER; KILLINGSWORTH, 1986; WISNER, 1988).

Dois dos principais protagonistas das discussões sobre a APS, Halfden Mahler e David Tejada de Rivero, viram na AP “Seletiva” uma “impaciência” das agências financiadoras por medidas de impacto, ao invés de buscarem mudanças estruturais inicialmente pensadas em Alma-Ata (TEJADA DE RIVEIRO, 2003; UNGER; KILLINGSWORTH, 1986).

Atenção Primária Orientada à Comunidade

A nomenclatura “Atenção Primária Orientada à Comunidade” (APOC), do inglês “Community-Oriented Primary Care” (COPC), é muito pouco comum na literatura brasileira e, portanto, praticamente não entra na disputa conceitual entre AB, AP e APS. Na realidade, não se trata de uma questão exclusivamente brasileira, como ilustrado pela revisão de Marcos Cueto, expressivo investigador neste campo, sobre as origens da APS (CUETO, 2004). Ao reconhecer a omissão, o autor justificou que seu estudo teria se focado nos arquivos da OMS, UNICEF, OPAS e Fundação Rockfeller sobre as políticas das décadas de 1970-80, nos quais a expressão APOC pouco aparece (GOFIN; GOFIN, 2005). De fato, a despeito de sua importância e pioneirismo,

esta experiência não foi considerada pela OMS na elaboração do conceito de APS, muito embora Kenneth Newell, personagem central de Alma-Ata, tenha tido conhecimento das atividades de Kark (LITSIOS, 2004).

Embora o termo tenha sido cunhado mais recentemente, a APOC nasce, no início da década de 1940, quando o jovem casal de médicos recém-graduados - Sidney e Emily Kark - se muda para Pholela, determinado a estabelecer um centro de saúde naquela remota área rural no interior da África do Sul. Lá, em colaboração com um pequeno grupo multidisciplinar, desenvolveram uma nova prática de medicina social que unia, de modo efetivo, a clínica com a epidemiologia (MULLAN; EPSTEIN, 2002; SUSSER, 1999; TOLLMAN, 1991). Nos dizeres de Kark e Cassel (1999):

As características essenciais que foram desenvolvidas incluem cuidado para o doente e a prevenção de doenças pelo médico e enfermeira, associados com programa de educação em saúde conduzido por “assistentes de saúde” especialmente treinados (KARK; CASSEL, 1999, p.440).

A assistência em Pholela era organizada em duas frentes: um “serviço geral”, com acesso livre ao atendimento ambulatorial para doenças, gestação e puericultura, que também encorajava moradores de outras localidades a procurarem atendimento em seu próprio local de moradia (territorialização); e um “programa de saúde familiar e cuidados médicos”, no qual cada médico era responsável por 400-500 famílias dentro de uma área definida (KARK; CASSEL, 1999). Tratamentos domiciliares, ações curativas e preventivas por enfermeiras, grupos de gestantes e mães, e educação em saúde por assistentes de saúde locais, faziam parte do programa. Dentre as inovações, destacava-se como prática integrante e essencial do serviço, a pesquisa intensiva sobre os aspectos sociais, demográficos e culturais da área, além da avaliação e monitoramento epidemiológico contínuo. Uma cooperativa de sementes para cultivo de hortas de subsistência foi o maior resultado dos estímulos à organização comunitária (KARK; CASSEL, 1999).

Todo este trabalho produziu um impacto profundo nos indicadores dos níveis de saúde local, notadamente mortalidade geral, infantil e neonatal, doenças transmissíveis, como sífilis, e no estado nutricional da população (KARK; CASSEL, 1999).

Inicialmente tratada por Atenção Primária à Saúde Orientada à Comunidade (KARK, 1981), a APOC acabou se definindo como um conceito próprio, qualificado por componentes bem definidos (MULLAN; EPSTEIN, 2002; SUSSER, 1999; TOLLMAN, 1991), em contraste com o

conceito de APS, cuja tendência é comportar um leque de possibilidades dentro de um corpo comum de práticas (ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 2005). Interessante também é que Sidney Kark já utilizava o conceito de APS anos antes de Alma-Ata, numa visão abrangente de saúde da comunidade, incluindo a medicina comunitária dentre suas práticas (KARK, 1974), muito próxima do que hoje se idealiza, por exemplo, na Estratégia Saúde da Família.

América Latina e Brasil

O peruano Tejada de Rivero, diretor-geral da conferência de Alma-Ata, ao lembrar os 25 anos da conferência, abordou uma questão interessante a respeito da implicação das traduções sobre os significados das palavras. Segundo assinalou, a tradução de “care” por “atenção” e não por “cuidado” nas línguas latinas, tornou a compreensão da proposta mais difícil. Isto porque “cuidado” teria um sentido mais abrangente, integral, de cunho horizontal e participativo. Ao contrário, “atenção” revela maior proximidade com imposição, assimetria e unilateralidade (TEJADA DE RIVEIRO, 2003), num raciocínio que versa a favor de “Cuidados Primários à Saúde”.

Como exemplificado na introdução, atualmente observa-se uma crescente utilização dos termos AP e APS no Brasil, sem que haja uma explicação definida. Todavia, é notável sua coincidência com o amadurecimento acadêmico da medicina de família no país, o que faz pensar na influência de uma maior aproximação com a literatura internacional. Contribui, para esta visão, a nítida preferência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade pelo uso dos termos AP e APS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE, 2006).

Por outro lado, não há dados que permitam precisar o motivo pelo qual o SUS, na contracorrente internacional, teria assumido a denominação “Atenção Básica”, tendência cristalizada na regulamentação de suas normas operacionais básicas. Os indícios apontam para uma opção ideológica na determinação das “matrizes discursivas” envolvidas na conformação de um discurso contra-hegemônico, em conformidade com as premissas do movimento preventivista (AROUCA, 2003). A literatura derivada deste movimento corrobora essa opção ao se definir em bloco pela utilização de “básica”, em detrimento de “primária”. De fato, um dos autores levou essa questão a um professor de destaque no movimento da reforma sanitária que, informalmente, visualizara essa escolha como um posicionamento ativo em se negar a denominação utilizada pelas agências inter-

nacionais, como o Banco Mundial, em suas políticas para a área de saúde.

A construção conceitual da APS também mereceu críticas sistemáticas no sentido de que seu debate e propostas teriam sido dimensionados de forma acrítica e artificiosa. Cantillano (1983) questionou o caráter descritivo das conceituações e a superficialidade de seus fundamentos, apresentados dentro de numa visão desvirtuada e reducionista dos fenômenos sociais e seus determinantes. Testa (1992), por sua vez, observou um ideário simplificador que inclinava os modelos assistenciais ao que ele denominou ironicamente de “Atenção Primitiva”. Werner e Sanders (1997) argumentaram que a institucionalização da participação comunitária serviu essencialmente para minar a força dos movimentos populares.

No Brasil, Donnangelo (1979) via as iniciativas ligadas aos programas de medicina comunitária como uma estratégia de extensão de práticas medicalizantes, num exercício mais amplo de auxílio no controle de tensões sociais e manutenção da força de trabalho. Duas décadas depois, Merhy (2002) considerou que a tradução dos ideais da APS, no Brasil, manteve-se dentro da perspectiva de uma AB reformista, também com tendência medicalizante e geradora de dependência. Conill (2008), avaliando a questão mais recentemente, observou que se num primeiro momento a reorientação da AB pelo Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizada de maneira “vertical” e “seletiva”, sua evolução política a teria aproximado dos conceitos originais da APS (BRASIL, 2006a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À exceção da APOC, na maioria das vezes em que são utilizadas, as expressões AB, AP, APS e suas variantes - como o termo “prática generalista” (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 2004) - são conceitos indistinguíveis entre si, mesmo porque nenhuma delas apresenta uma delimitação conceitual mais precisa. Mais do que isso, estas definições costumam ser moldadas por boa dose de impressões pessoais (WAYLAND; CROWDER, 2002). É possível que o conceito de AP seja aquele de caráter mais genérico.

Por outro lado, os diferentes conceitos se relacionam com propostas ideológicas diversas, relações nem sempre refletidas. Por exemplo, Starfield (1998), provocativamente, faz a seguinte interpretação: “Em muitas partes do mundo, os benefícios da atenção primária foram adotados pela fé”, sendo que “A Declaração de Alma-Ata, de 1978, codificou a ‘santidade’ da atenção primária à saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo” (STARFIELD,

1998, p.23). Sua intenção declarada é contrapor uma argumentação sobre a necessidade de mais evidências científicas sobre o tema.

É verdade que, nas últimas décadas, têm surgido evidências que mostram vantagens no remodelamento de sistemas de saúde a partir da AP (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 2004, 2004). Boa parte se baseia em grandes estudos comparativos e de custo-efetividade, cujo maior mérito consiste no apoio às tomadas de decisões dos níveis centrais de gestão.

No entanto, a maioria das evidências internacionais desta área contribui pouco na organização local do cuidado à saúde. O estabelecimento de evidências locais é possível para alguns aspectos, especialmente os epidemiológicos, mas não para outros. Neste ponto, a AP “baseada em evidências” entra potencialmente em conflito com os ideais da APS (e da AB no Brasil). Isso porque centrar o cuidado na arena da racionalidade equivaleria retomar o embate da “atenção primária seletiva”, com suas críticas incisivas quanto ao uso da relação custo-efetividade como principal critério de análise, em detrimento de aspectos socioculturais e dos determinantes de saúde (GISH, 1982). Ou, como expressa Merhy (2002, p.222), reduzir “a questão da saúde e da doença a uma questão da organização racional (custo/eficácia) das ações médicas, auxiliadas pelas ações coletivas...”. Por outro lado, a identificação conceitual é insuficiente para a comparação entre sistemas de saúde. Cantillano (1983) advoga que tais análises devem necessariamente levar em consideração as situações estruturais da sociedade para não se ater a condições descritivas ou superficiais.

No Brasil, a acentuada desigualdade social, como não poderia deixar de ser, estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a AB do SUS seja priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente. Em si, isso não é um problema, pelo contrário, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a AB é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos. Neste caso, as políticas tendem a se voltar prioritariamente para a “cobertura” do sistema, ou seja, permanecem focadas, sobretudo, na extensão do acesso àquela população, sem, contudo, envolver a consideração tecnológica devida, reforçando um caráter de classe associado à conceituação da APS (CANTILLANO, 1983; MERHY, 2002).

Vale ainda considerar alguns dilemas característicos dessas discussões no país. As definições do Ministério da Saúde subordinam a AB, entre outras, à participação popu-

lar e delimitação territorial (BRASIL, 2006a), explicitando sua forte identificação com os preceitos da APS baseada no modelo comunitário de financiamento estatal. Do ponto de vista público, é possível notar uma pretensa homogeneidade conceitual e ideológica, quase dogmática, responsável por inibir as possibilidades de variação nos arranjos assistenciais do PSF, tão necessárias às singularidades locais de um país continental. Do ponto de vista privado, omitem qualquer consideração ao sistema suplementar, deixando-o mais uma vez livre para falar de si próprio, falseando a natureza do cuidado integral através da promessa de horizontes médicos baseados nas engenharias biomédicas, ao mesmo tempo em que impõem rigorosas barreiras de acesso a estas mesmas tecnologias (A VEREDICT ..., 2001).

Essa exclusão do sistema suplementar do debate da AP deve ser pensada sob pelo menos dois pontos de vista. Primeiro, se colaboraria para restringir o universo crítico das políticas de saúde àquelas pessoas já previamente sensibilizadas, reforçando a alienação da classe média formadora de opinião neste campo. Segundo, contribuindo de forma indireta no processo da “cidadania regulada” originária nas políticas de saúde varguistas, quando as pessoas dependentes da saúde pública foram induzidas a se verem como cidadãos de segunda ordem em relação aos usuários da assistência médica previdenciária (SANTOS, 1987).

Em síntese, este texto pretendeu mostrar que os termos AB, AP e APS têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de AB/APS ao de AP.

AGRADECIMENTO

À Profa. Dra. Débora Gusmão Melo por suas contribuições na revisão do texto.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP, 2003.
- BERMAN, P. A. Selective primary health care: is efficient sufficient? **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 16, n. 10, p. 1054-9, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família: Diretriz** conceitual. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao basica.php>>. Acesso em: 24 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006b.
- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006.
- CANTILLANO, E.M.C. Análise crítica da conceitualização predominante sobre atenção médica primária. In: _____. **Medicina social, aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.181-205.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Atenção Primária à Saúde - Propostas. **Consensus - Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 31, n. 6, out./Nov. 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/consensus_31.pdf>. Acess em: 11 jan. 2008.
- . Nota Técnica 06/2006 - Para Entender o Pacto pela Saúde. **Notas Técnicas para o ano 2006**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=publicacao_notas&ano=2006>. Acesso em: 20 fev. 2008.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008.
- CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, New York, v. 94, n. 11, p. 1864-74, 2004.
- DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GISH, O. Selective primary health care: old wine in new bottles. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 16, n. 10, p. 1049-54, 1982.

GOFIN J.; GOFIN, R. Community-oriented primary care and primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, v.95, n.5, p.1864-74, 2004.

KARK, S.; CASSEL, J. The Pholela Health Centre: A Progress Report. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 77, n. 5, p. 439-47, 1999.

KARK, S. L. **Epidemiology and Community Medicine**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.

KARK, S. L. **The practice of community-oriented primary health care**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LITSIOS, S. The Christian Medical Commission and the development of the world health: Organization's primary health care approach. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 4, n. 1, p. 884-93, 2004.

------. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 32, n. 4, p. 709-32, 2002.

MADISON, D. L. The case for community-oriented primary care. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 249, n. 10, p. 1279-82, 1983.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In:------. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOSLEY, W. H. Is there a middle way? Categorical programs for PHC. **Social Science and Medicine**, New York, v. 26, n. 9, p. 907-908, 1988.

MULLAN, F.; EPSTEIN, L. Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World. **Ameri-**

can Journal of Public Health, Washington, v.,93, n.,9, p.,1748-55, 2002.

A VEREDICT on gatekeepers [editorial]. **The New York Times**, Nov. 15, 2001. Disponível em: <<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9C06E6DC163BF936A25752C1A9679C8B63>>. Acesso em: 04 mar. 2008.

NEWELL, K. W. **La salud por el pueblo**. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1975.

------. Selective primary health care: the counter revolution. **Social Science and Medicine**, New York, v. 26, n. 9, p. 903-906, 1988.

NUTTING P. A; WOOD, M.; CONNER, E.M. Community-oriented primary care in the United States. A status report. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 253, n. 12, p. 1763-1766, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **CONFERÊNCIA Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **In-forme Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines**. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Geneve, 1964. (Publicación Científica, n.93).

------. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. In: DOCUMENTO de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, 2005. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2008.

PARKER, A.W.; WALSH, J. M.; COON, M. A normative approach to the definition of primary health care. **Mil-bank Memorial Fund Quartely**, New York, v. 54, n. 4, p. 415-438, 1976.

RIBEIRO, J. M. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

RIFKIN, S. B.; WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care'

- and 'selective primary care'. **Social Science and Medicine**, New York, v. 23, n. 6, p. 559-66, 1986.
- Santos, W.G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus. 1987.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE. **Lista de Discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Disponível (acesso restrito) em: <<http://www.grupos.com.br/group/sbmfmc>>. Acesso em: 23 jan. 2007.
- **“25 anos cuidando da Família no Brasil”. Um compromisso com a Atenção Primária à Saúde - Saúde para todos**, 2006. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/c38254d1/Carta_25_anos%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 17 out. 2007.
- SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008.
- STARFIELD, B. Is primary care essencial? **Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.
- STARFIELD, B. **Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology**. New York: Oxford University Press, 1998.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Memorial Fund Quartely**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.
- SUSSER, M. Pioneering community-oriented primary care. **Bulletin World Health Organization**, Geneve, v. 77, n. 5, p. 436-8, 1999.
- TEJADA DE RIVEIRO, D. A. Alma-Ata revisited. **Magazine Pan American Health Organization**, v.8, 2003. Disponível em: <http://paho.org/English/DD/PIN/Number17_article1_4.htm>. Acesso em: 25 jul. 2004.
- TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: _____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TOLLMAN, S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. **Social Science and Medicine**, New York, v. 32, n. 6, p. 633-642, 1991.
- UNGER, J.; KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical review of methods and results. **Social Science and Medicine**, New York, v. 22, n. 10, p. 1001-13, 1986.
- WALSH, J. A. Selectivity within primary health care. **Social Science and Medicine**, New York v. 26, n. 9, p.899-902, 1988.
- WALSH, J. A; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 301, n. 18, p. 967-974, 1979.
- WARREN, K.S. The evolution of selective primary health care. **Social Science and Medicine**, New York, v. 26, n. 9, p. 891-898, 1988.
- WAYLAND, C.; CROWDER, J. Disparate Views of Community in Primary Health Care: Understanding How Perceptions Influence Success. **Medical Anthropology Quartely**, Washington, v. 16, n. 2, p. 230-247, 2002.
- WERNER, D.; SANDERS, D. **Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival**. Health Wrights, 1997. Disponível em: <<http://www.healthwrights.org/books/QTSONline.htm>>. Acesso em: 20 out. 2007.
- WHITE, K. L; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 265, p. 885-892, 1961.
- ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115_2>. Acesso em: 11 jan. 2008.
- WISNER, B. Gobi versus PHC? Some dangers of selective primary health care. **Social Sciences and Medicine**, New York, v. 26, n. 9, p. 963-969, 1988.

Submissão: dezembro de 2008

Aprovação: março de 2009
